

Met velen aan de tafel: goede voorbeelden van een integraal en geïntegreerd drugsbeleid

*Freya Vander Laenen, Liesbeth Vandam en Charlotte Colman **

Beleidsmakers streven vaak een integraal en geïntegreerd drugsbeleid na, waarbij verschillende beleidsdomeinen en beleidsniveaus samenwerken. Uit welke elementen en partners moet een integraal en geïntegreerd drugsbeleid bestaan om succesvol te zijn? En kunnen steden en gemeenten in Nederland en Vlaanderen leren van ervaringen in andere regio's? Om 'best practices' van intersectorale interventies te identificeren, voerden we een internationale literatuurstudie uit. Opvallend is dat de ontwikkeling van de interventies in specifieke stappen gebeurt en ze typische kenmerken met elkaar delen. We illustreren de bruikbaarheid van de literatuurstudie door na te gaan hoe deze 'best practices' in Vlaanderen werden geïmplementeerd. Daaruit blijkt dat het mogelijk is de bestaande intersectorale interventies te vergelijken met de in de literatuurstudie geïdentificeerde interventies.

Inleiding

Het ontwikkelen van een drugsbeleid is een uitdaging waar niet alleen de Europese Unie en landen als Nederland of Vlaanderen voor staan; ook steden en gemeenten werken steeds meer een lokaal drugsbeleid uit. Het drugsfenomeen is een complex fenomeen, waarbij eenvoudige of eenzijdige antwoorden geen zin hebben. Daarom streven beleids-

* Prof. dr. F. Vander Laenen is docent criminologie bij de Vakgroep Strafrecht en Criminologie van de Universiteit te Gent en lid van de onderzoeksgroep IRCP. E-mail: freya.vanderlaenen@ugent.be.
L. Vandam, licentiate, is wetenschappelijk onderzoekster bij de Vakgroep Strafrecht en Criminologie van de Universiteit te Gent en lid van de onderzoeksgroep IRCP.
C. Colman, licentiate, is wetenschappelijk onderzoekster bij de Vakgroep Strafrecht en Criminologie aan de Universiteit Gent en lid van de onderzoeksgroep IRCP.

makers veelal een integraal en geïntegreerd drugsbeleid na, een beleid waarbij verschillende beleidsdomeinen en beleidsniveaus samenwerken (EMCDDA, 2009; Federale regering, 2001; Stad Gent, 2000). Uit welke elementen en partners moet een integraal en geïntegreerd drugsbeleid eigenlijk bestaan om succesvol te zijn? Kunnen steden en gemeenten in Nederland en Vlaanderen leren van ervaringen in andere regio's? Dit zijn pertinente vragen nu het 'evidence-based' werken steeds belangrijker wordt.¹ Om deze vragen te beantwoorden, voerden we een onderzoek uit om internationale 'best practices' te identificeren.² Dit artikel zal internationale 'best practices' en essentiële randvoorwaarden inventariseren. We illustreren dit overzicht met een praktijkvoorbeeld, door te analyseren of en hoe 'best practices' in Vlaanderen werden geïmplementeerd.

CENTRALE BEGRIPPEN

Een 'integraal en geïntegreerd drugsbeleid' is een containerbegrip. Beleidsmedewerkers en onderzoekers passen het toe op verschillende projecten en beleidsinitiatieven, zonder een precieze invulling (EMCDDA, 2009; Federale regering, 2001; Stad Gent, 2000). Voor de begrippen 'integraal en geïntegreerd' is er dan ook behoefte aan een duidelijke definitie.

Integraal verwijst naar allesomvattend, volledig. Het drugsfenomeen is multidimensioneel en vraagt juist daarom een beleid dat werkt aan alle aspecten van het fenomeen: gezondheid, (sociaal)economisch, veiligheid, internationaal, enzovoort. Een integraal drugsbeleid vraagt de samenwerking tussen verschillende beleidssectoren, waardoor welzijns- en gezondheids-, schadebeperkende, preventieve, hulpverlenende en aanbodsbeperkende elementen een plaats krijgen in het beleid (Reuter, 2006; De Pauw, 2007; De Ruyver, 2007).³

- 1 Met deze term wordt verwezen naar het toepassen van interventies waarvan de effectiviteit wetenschappelijk bewezen is. Het dichten van de kloof tussen onderzoek en praktijk blijkt echter geen evidentie (Autrique, Vanderplasschen, Broekaert & Sabbe, 2007).
- 2 Dit artikel is gebaseerd op het onderzoeksproject 'Do's and don'ts in een integraal en geïntegreerd drugsbeleid', in opdracht van de FOD Wetenschapsbeleid. Dit project liep van oktober 2007 tot april 2009 (De Ruyver, Lemaître, Ponsaers, Born, Pauwels, Vander Laenen e.a., 2009).
- 3 Dit betekent niet dat bij concrete interventies steeds alle sectoren betrokken moeten en zullen zijn. Wanneer bij een concrete interventie wordt samengewerkt tussen twee of meer sectoren, gebruiken de auteurs de term intersectoraal.

Geïntegreerd houdt direct verband met een integrale benadering. Een benadering die een plaats geeft aan alle aspecten van het drugsfenomeen (integraal) vereist dat ook de relevante actoren en diensten die de verschillende sectoren vertegenwoordigen, betrokken worden en zijn bij deze benadering (geïntegreerd). Samenwerking en afstemming tussen de actoren is dan ook noodzakelijk (Heed, 2006).

Zowel een horizontale afstemming tussen de sectoren als een verticale afstemming tussen alle bevoegdheidsniveaus is vereist om het drugsfenomeen vanuit verschillende invalshoeken te benaderen. De diverse beleidssectoren (zoals welzijn, volksgezondheid, politie en justitie, ruimtelijke ordening, sociale zaken, onderwijs, verkeer, defensie en landbouw) betrokken bij de benadering van het drugsfenomeen situeren zich op federaal, gewestelijk en gemeenschaps-, provinciaal en lokaal niveau.

In dit artikel verwijzen we naar drugsbeleid als de benadering van het drugsfenomeen, ongeacht of het illegale of legale drugs betreft.

Methode

Sinds de jaren negentig neemt het belang van beleidsevaluatie in de westerse samenleving toe (Leeuw, 2005). We vinden evaluatiestudies terug binnen de verschillende beleidssectoren van het drugsfenomeen (preventie, hulpverlening en aanbodsbeperking; bijv. Botvin & Griffin, 2003; Kumpfer & Alder, 2003; Stevens, Trace & Bewley-Taylor, 2005; Stevenson & Mitchell, 2003; Mazerolle, Soole & Rombouts, 2007). Studies die de samenwerking tussen verschillende domeinen evalueren zijn echter zeldzaam.

In de eerste plaats voerden we een literatuurstudie uit om 'best practices' te identificeren binnen een integraal en geïntegreerd drugsbeleid (zie tabel 1). Voor de selectie van de studies zochten we studies die intersectorale interventies evalueerden en dus geen interventies die slechts één sector evalueerden. Om 'best practices' te identificeren, focusten we onze literatuurstudie in de beginfase op effectevaluaties. Toen we echter vaststelden dat die effectstudies nauwelijks gepubliceerd zijn, breidden we onze zoektocht uit naar procesevaluaties; deze studies bestuderen de factoren die een goede implementatie van de intersectorale interventie stimuleren of verhinderen (Swanborn, 1999).

Tabel 1. Geconsulteerde zoekbronnen.

Databanken	Web of Science
	Pubmed
	Drugscope
	Alcohol Concern
	Archido
	Toxibase
	Exchange on Drug Demand Reduction Action
	Evaluation Instruments Bank
	Cochrane Collaboration
Websites	European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction
	Home Office
	Wetenschappelijk Onderzoeks- en documentatiecentrum
	Europese Commissie
	European Cities Against Drugs
	World Health Organization, Regional Office for Europe
	Campbell Collaboration
	Beckley Foundation Drug Policy Programme
	Stichting Veiligheid en Maatschappij
	Vereniging Alcohol en andere Drugproblemen

We identificeren een interventie als ‘best practice’ wanneer geselecteerde intersectorale interventies effectief blijken (op basis van effectevaluatie) en/of essentiële randvoorwaarden bevatten die een goede implementatie van de interventie stimuleren.⁴

We gebruikten de volgende zoektermen om de databanken te screenen: ‘multidisciplinary’, ‘multi-agency’, ‘transdisciplinary’, ‘evidence-based’, ‘effectiveness’, ‘process evaluation’, ‘coordination’, ‘collaboration’, ‘linkages’, ‘integrated’ en ‘integral’. Deze termen werden gecombineerd met ‘drug policy’, ‘approach’ en ‘drug related nuisance’. Verder contacteerden we telefonisch en per mail verschillende ‘reitox national focal points’⁵, studiebureaus, studiecentra en experts om bijkomende evaluatiestudies te vinden.⁶ We focusten onze zoektocht

4 We zijn er ons uiteraard van bewust dat dit een momentopname is. Een vergelijkbare evaluatie van een project tijdens een follow-up kan tot andere resultaten leiden.

5 Het EMCDDA coördineert een netwerk van ‘national focal points’ in de verschillende lidstaten van de EU, Noorwegen, de Europese Commissie en de kandidaat-lidstaten. Deze ‘national focal points’ vormen samen het Europese informatienetwerk voor drugs en drugsverslaving Reitox.

6 Voor een volledig overzicht van de geraadpleegde instanties zie De Ruyver e.a. (2009).

Tabel 2. Overzicht van 'best practices'.			
Best practice	Effectevaluatie	MSMS	Procesevaluatie
Preventie en vroeginterventie	Crow e.a., 2004	3	Crow e.a., 2004 Kellock, 2007 Toumbourou, 1999
Toeleiding naar arbeid	Michon, Rondez & Van Weeghel, 2000	1	Michon, Rondez & Van Weeghel, 2000
Dag- en nachtopvang en toeleiding naar woonprojecten	Wits e.a., 1999	1	Wits e.a., 1999
Harm reduction	Spijkerman e.a., 2002 Van der Poel e.a., 2003 Zurhold, 2003	1	Spijkerman e.a., 2002 Van der Poel, Barendregt & Van de Mheen, 2003
	Bieleman e.a., 2007	2	
Oriëntatie naar de hulpverlening vanuit politie en justitie	Barton, 1999a De Ruyver e.a., 2007 ICPR, 2007 Mazerolle e.a., 2007 SEEU, 2004 Seeling e.a., 2001 Skobdo e.a., 2007 Van Ooyen-Houben, 2008	2	Barton, 1999a Barton, 1999b De Ruyver e.a., 2008 Harman & Paylor, 2005 Hunter, McSweeney & Turnbull, 2005 ICPR, 2007
	Heale & Lang, 2001 Holloway, Bennett & Farrington, 2005 Koeter & Bakker, 2008	3	
Andere domeinen	Mazerolle, e.a., 2007 Snippe e.a., 2005 Snippe, Naayer & Bieleman, 2006	2	
Beleidsontwikkeling en afstemming	Connolly, 2002 Doherty, 2007	1	

op interventies geëvalueerd in Europa, Canada en Australië. Interventies in de Verenigde Staten namen we niet op, omdat de beleidsdoel-einden in het Noord-Amerikaans drugsbeleid (prohibitie) grondig verschillen van die in Europa, Australië en Canada (normalisering; Reuter, 2001; De Ruyver e.a., 2003; MacCoun & Reuter, 2008). Uiteindelijk selecteerden we 27 evaluatiestudies (zie tabel 2). Twaalf studies evalueren het effect, acht studies het proces en zeven studies

het effect en het proces van de intersectorale interventie. Aan de hand van de Maryland Scientific Method Scale (MSMS) bepaalden we de methodologische kwaliteit van de studies (Sherman e.a., 2002). Procesevaluaties kunnen we niet beoordelen met de MSMS. Het beperkt aantal gevonden evaluatiestudies bevestigt dat evaluaties van intersectorale interventies zelden zijn opgenomen in databanken of internationaal worden verspreid. Om deze redenen hebben we bijkomend experts gecontacteerd. Niettemin erkennen we dat de lijst van evaluatiestudies wellicht geen uitputtende is.

Resultaten

‘BEST PRACTICES’ IN DE INTERNATIONALE LITERATUUR

Bij het evalueren van intersectorale interventies is het niet altijd gemakkelijk te identificeren welke sector precies verantwoordelijk is voor de effectiviteit van de interventie (Brook e.a., 2003; Ritter e.a., 2007; Stevens, 2008). Kibel en Holder (2003) wijzen erop dat interventies waarbij verschillende sectoren samenwerken en waarbij verschillende doelstellingen worden nagestreefd het meest belovend en effectief zijn.

Bepaalde landen zijn sterker vertegenwoordigd in de literatuur dan andere. Het Verenigd Koninkrijk en Nederland tellen de meeste evaluatiestudies. Dit ligt in de lijn van de verwachtingen (Leeuw, 2005). Beide landen hebben immers een traditie van evalueren. Andere landen kunnen eveneens veelbelovende interventies uitwerken, maar deze kunnen onopgemerkt blijven door het ontbreken van een (gepubliceerde) evaluatie.

Hierna geven we een overzicht van de verschillende typen intersectorale interventies.

PREVENTIE EN VROEGINTERVENTIE

Binnen vroeginterventie werken de verschillende sectoren en het lokale bestuur samen. Een voorbeeld hiervan is het project Communities that Care (CTC), dat zijn oorsprong vindt in de Verenigde Staten maar ook bestaat in het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Deze interventies pakken risico- en beschermende factoren aan, om toekomstige sociale problemen te voorkomen. Monitoring en screening brengen risico- en beschermende factoren in kaart en laten toe interventies op te zetten die hierop kunnen inwerken (Crow e.a., 2004; Horn & Kolbo, 2000; Arthur & Blitz, 2000; Kellock, 2007; Toumbourou, 1999). De studie van Crow e.a. (2004) geeft een overzicht van essentiële randvoorwaarden om dit type projecten te implementeren. Na de screening

van risico- en beschermende factoren worden de betrokken partners geïdentificeerd. Zowel leidinggevend en als praktijkwerkers zijn erbij betrokken. Ook het lokale bestuur is erbij betrokken, om een politiek draagvlak te creëren. In een volgende stap onderschrijven deze actoren een actieplan. In de initiële fase moeten reeds alle noodzakelijke partners erbij betrokken worden. Zo vermijdt men dat partners in een volgende fase niet gemotiveerd zijn om samen te werken. De aanstelling van een coördinator is eveneens essentieel, net zoals communicatie en overleg, aangezien diverse partners samenwerken. Het actieplan moet gebaseerd zijn op consensus, want het ontbreken van consensus leidt tot een gebrek aan motivatie en zelfs tot weerstand om de aanbevelingen op te volgen.

TOELEIDING NAAR ARBEID

Deze interventies starten een hulpverleningsprogramma op om te werken aan de individuele drugsproblematiek en werken vervolgens door arbeidstoeleiding aan de verbetering van andere levensdomeinen. Een voorbeeld is een arbeidstoeleidingsproject in Nederland, waarbij de welzijns- en gezondheidssector en de drugshulpverlening samenwerken. Dit project lijkt veelbelovend, aangezien de meerderheid van de deelnemers in het reguliere werkcircuit terecht komt en een verbetering zichtbaar is op verschillende levensdomeinen. Voor dergelijke interventies is coördinatie een randvoorwaarde, om te garanderen dat de cliënt het volledige proces kan doorlopen. Een formele samenwerkingsstructuur kan hiertoe bijdragen. Het grootste knelpunt is de matige inbedding in de drugshulpverlening, zodat die slechts weinig drugsgebruikers doorverwijst naar dit project (Michon, Rondez & Van Weeghel, 2000).

DAG- EN NACHTOPVANG EN TOELEIDING NAAR WOONPROJECTEN

Dag- en nachtopvang biedt dak- of thuisloze drugsgebruikers een alternatieve dagbesteding en (basis)voorzieningen (zoals een douche of wasmachine). Er is samenwerking met de politie en de drugshulpverlening, die drugsgebruikers kunnen doorverwijzen. Deze interventie zorgt voor een daling van overlast, drugsgerelateerde criminaliteit en heroïnegebruik.

Woonprojecten zorgen voor een woning en drugshulpverlening, om in een volgende stap te zoeken naar werk. Om dit te bereiken werken de projecten samen met de welzijns- en gezondheidssector rond de

woonmogelijkheid en met de drugshulpverlening rond het individueel drugsprobleem. Ook deze interventie geeft meer structuur voor de drugsgebruiker en minder overlast op straat.

Voor deze typen interventies is veelvuldig overleg met de partners uit de verschillende sectoren noodzakelijk en een duidelijke taakverdeling en afbakening van verantwoordelijkheden. Deze randvoorwaarden moeten de doorstroom van cliënten garanderen en voorkomen dat een van de partners het project monopoliseert (Wits e.a., 1999).

‘HARM REDUCTION’

‘Harm reduction’-interventies (zoals gebruikersruimten) worden zowel opgezet vanuit een gezondheidsperspectief als vanuit een veiligheidsperspectief. De rol van de sector veiligheid bestaat voornamelijk uit het gedogen van deze interventies. De samenwerking komt tot stand om de drugsoverlast aan te pakken en de gezondheidssituatie van de drugsgebruikers te verbeteren. Drugsgebruikers kunnen een beroep doen op algemene medische voorzieningen en op specifieke drugshulpverlening.

De effectstudies tonen aan dat gebruikersruimten veelbelovend zijn om drugsoverlast aan te pakken, ze bijdragen aan een gezondheidsverbetering en aan schadebeperking voor drugsgebruikers. Bovendien bereiken deze interventies moeilijk bereikbare groepen. Het belangrijkste knelpunt is de weerstand van omwonenden die het opstarten van gebruikersruimten verhinderen. Niettemin is aanvaarding van het initiatief door buurtbewoners wel degelijk mogelijk als zij de voordelen van gebruikersruimten ervaren (zoals een daling in drugsgerelateerde overlast; Spijkerman e.a., 2002; Van der Poel, Barendregt & Van de Mheen, 2003; Zurhold, 2003; Bieleman e.a., 2007).

ORIËNTATIE NAAR DE HULPVERLENING VANUIT POLITIE EN JUSTITIE

Op ieder echelon van de strafrechtsketen kunnen we ‘best practices’ identificeren die de samenwerking met en de oriëntatie naar de hulpverlening beogen. In het Verenigd Koninkrijk gebeurt de oriëntatie naar de hulpverlening binnen ‘arrest referral schemes’ ofwel ARS (SEEIU, 2004; Seeling e.a., 2001; Hunter, McSweeney & Turnbull, 2005). Politie en hulpverleners werken samen om de drugsgebruiker te motiveren voor een gesprek met een hulpverlener. Effectstudies tonen aan dat de interventies doelgroepen bereiken die nog nooit contact hadden met de hulpverlening. ARS leidt tot een daling van de drugsgerelateerde criminaliteit (SEEIU, 2004; Seeling e.a., 2001).

We kunnen verschillende randvoorwaarden identificeren. Het delen van een kantoor en de aanwezigheid van de therapeuten op het politiebureau bevordert de dialoog. Overleg en communicatie zijn belangrijk om de bewustwording te vergroten dat de partners werken naar een gemeenschappelijk doel. Ook training en supervisie leiden tot een effectieve interventie. De grootste valkuil is een onvoldoende afgestemd hulpverleningsaanbod en een gebrek aan financiële middelen (Hunter, McSweeney & Turnbull, 2005).

Een voorbeeld van een 'best practice' op het niveau van opsporing en vervolging in België is het Proefzorg-project (De Ruyver e.a., 2008). Dit project wil drugsgebruikende verdachten op een efficiënte wijze in contact brengen met de hulpverlening. De procesevaluatie toont dat de installatie van een persoon die fungeert als tussenschakel tussen justitie en de hulpverlening ervoor zorgt dat iedere sector trouw kan blijven aan zijn doeleinde (De Ruyver e.a., 2008).

Op het niveau van de straftoemeting zorgen drugcourts voor een toename van de doorverwijzingen van drugsgebruikers naar de hulpverlening (Heale & Lang, 2001). Een belangrijk knelpunt is de informatie-uitwisseling tussen justitie en de hulpverlening (Barton, 1999b).

Op het niveau van de strafuitvoering identificeren we Counseling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare (CARAT) in Engeland en Wales. CARAT is gericht op drughulpverlening aan gevangenen tijdens en na de detentie (Harman & Paylor, 2005). Effectevaluaties vonden we niet terug. De procesevaluaties laten zien dat de belangrijkste knelpunten het gebrek aan coördinatie en samenwerking met de voorzieningen extra muros zijn (Harman & Paylor, 2005; Mair & Barton, 2001). Een gebrek aan een duidelijke rolverdeling en verantwoordelijkheid voor iedere partner leidt tot een gefragmenteerd zorgaanbod (Mair & Barton, 2001).

Samenvattend kunnen we de volgende randvoorwaarden identificeren: voldoende financiële middelen, een toereikend hulpverleningsaanbod, communicatie en overleg, coördinatie, opleiding en een duidelijke rolverdeling (Barton, 1999a; Barton, 1999b; ICPR, 2007; Hunter, McSweeney & Turnbull, 2005; De Ruyver e.a., 2008).

SECTOREN UIT ANDERE DOMEINEN

Ook sectoren buiten de 'klassieke' drugssector kunnen een belangrijke partner zijn bij de realisatie van een integraal en geïntegreerd drugsbeleid. De vastgoedsector blijkt een belangrijke partner bij de aanpak van drugsoverlast (Snippe e.a., 2005; Snippe, Naayer & Bieleman, 2006). Ruimtelijke (her)ordering van plaatsen met (drugs)overlast kan een daling van de overlast en een verminderd onveiligheidsge-

voel met zich meebrengen. Naast repressieve acties tegenover drugs-handelaars en drugsgebruikers die voor overlast zorgen, moet ook de bestuurlijke overheid betrokken worden. Zij kunnen huiseigenaars en verhuurders sensibiliseren om verkrotting van hun eigendommen tegen te gaan door administratieve sancties (Mazerolle e.a., 2007).

BELEIDSONTWIKKELING EN -AFSTEMMING

De evaluatiestudies beschrijven de te volgen stappen voor een effectief integraal en geïntegreerd lokaal beleid. Een eerste stap is het identificeren en betrekken van de partners:

- het lokale bestuur heeft een voortrekkersrol, aangezien dit de aanvaarding van interventies vergroot;
- sleutelfiguren vertegenwoordigen de verschillende sectoren;
- burgers worden erbij betrokken, om het vertrouwen in instituties te stimuleren;
- grote steden kunnen van start gaan vanuit bestaande netwerken (Connolly, 2002; Doherty, 2007).

Ten tweede moet er leiderschap zijn en een goede coördinatie. Om dit te realiseren richt men een stuurgroep op om de doelstellingen te bepalen en middelen te identificeren. Ten derde vraagt een effectief lokaal drugsbeleid een analyse van de lokale (probleem)situatie. Monitoring is een randvoorwaarde, aangezien iedere lokale entiteit een eigen historie en (drugs)problemen kent. De laatste stap is het proces- en effectmatig evalueren.

IMPLEMENTATIE VAN DE INTERNATIONALE ‘BEST PRACTICES’ IN VLAANDEREN?

In de literatuurstudie identificeerden we intersectorale interventies en essentiële randvoorwaarden binnen een integraal en geïntegreerd drugsbeleid. We illustreren deze dit overzicht met een praktijkvoorbeeld door te analyseren of en hoe ‘best practices’ in Vlaanderen werden geïmplementeerd.⁷

7 Om de bestaande intersectorale interventies in Vlaanderen te inventariseren, namen we contact op met zes provinciale en dertien lokale drugscoördinatoren en de VAD. Om de essentiële randvoorwaarden te identificeren bij de uitvoering van intersectorale interventies, vonden interviews en een focusgroep plaats met de actoren werkzaam in de geïdentificeerde interventies.

GEBREK AAN EFFECT- EN PROCES-EVALUATIES IN VLAANDEREN

In Vlaanderen ontbreken effectstudies van specifieke intersectorale interventies. Zelfs wetenschappelijke procesevaluaties zijn schaars. We hebben slechts een enkele procesevaluatie geïdentificeerd (De Ruyver e.a., 2008). We kunnen dus moeilijk spreken van een 'evidence-based' drugsbeleid in Vlaanderen. Wel beschikken we over praktijkervaringen (gebaseerd op de interviews en een focusgroep). Bovendien kunnen we de intersectorale interventies in Vlaanderen toetsen aan de randvoorwaarden die we hebben geïdentificeerd in de internationale literatuurstudie. Deze oefening laat ons toe aan te nemen dat een interventie veelbelovend is en, met de nodige voorzichtigheid, beschouwd kan worden als een goed geïmplementeerde praktijk.

In Vlaanderen moet nog veel gebeuren rond het opzetten en optimaliseren van intersectorale interventies. Bepaalde intersectorale projecten zijn schaarser dan andere. We hebben bijvoorbeeld verschillende interventies binnen de justitiële doorverwijzing naar de hulpverlening en enkele interventies binnen dag- en nachtopvang, toeleiding naar woonprojecten, 'harm reduction', preventie en vroeginterventie, beleidsontwikkeling en harmonisatie. Niettemin ontbreken intersectorale interventies waarbij sectoren uit andere domeinen betrokken zijn en interventies binnen het toeleiden naar arbeid.

Bekijken we de ontbrekende randvoorwaarden, dan zijn de vaakst vermelde binnen de justitiële doorverwijzing naar de hulpverlening: voldoende (financiële) middelen en een voldoende kwalitatief en kwantitatief uitgebreid hulpverleningsaanbod. Binnen de dag- en nachtopvang en de toeleiding naar woonprojecten ontbreken veelal een protocol, voldoende communicatie en consultatie tussen de verschillende betrokken actoren en een uniform financieel organisatiesysteem. Bij preventie en vroeginterventie werden de volgende afwezige randvoorwaarden genoemd: voldoende (financiële) middelen, het bereiken van alle betrokken actoren, een aanbod van selectieve en geïndiceerde preventie, een duidelijke definitie van vroeginterventie en voldoende en gediversifieerde acties.

VOORBEELDEN

In dit onderdeel geven we een voorbeeld van een goed geïmplementeerde en een voorbeeld van een minder goed geïmplementeerde praktijk in Vlaanderen. Deze beknopte voorbeelden zijn louter illustratief en ingegeven door beperkingen in de lengte van dit artikel.

Een voorbeeld van een goed geïmplementeerde praktijk is de lokale stuurgroep drugs in de stad Gent. Het is een intersectorale interventie

binnen beleidsontwikkeling en -afstemming. Gent creëerde de basisvoorwaarden voor het ontwikkelen van een 'best practice' in een integraal en geïntegreerd beleid (Stad Gent, 2000; Vander Laenen, 2001). Bovendien vonden we gelijkenissen met de randvoorwaarden van de Communities that Care-projecten.

Binnen de stuurgroep drugs zijn alle relevante actoren uit drugshulpverlenings- en (drugs)preventielandschap vertegenwoordigd: de lokale politie, justitie, straathoekwerk, lokale drugsorganisaties, het stadsbestuur en de bovenlokale drugscoördinatoren. De lokale drugscoördinator is hoofd van de stuurgroep. Een knelpunt is het ontbreken van de rechtstreekse participatie van de bevolking en van drugsgebruikers in de ontwikkeling van het drugsbeleid.

Drugsbeleid in Gent

Op basis van ons onderzoek konden we enkele kritische succesfactoren identificeren.

- Bottom-up aanpak: het lokale drugsbeleid is het beleid van de verschillende Gentse partners, ontwikkeld voor de algemene bevolking. De lokale actoren bepalen zelf de doelstellingen en prioriteiten van het beleid.
- Beleids- en een praktisch niveau.
- Overzicht van lokale noden en behoeften.
- Participatie en betrokkenheid kernelementen van het beleid.
- Voortrekkersrol lokale bestuur.
- Lokale stuurgroep zet grote lijnen uit met vertegenwoordigers van verschillende beleidsdomeinen.
- Open vergadering met alle betrokken sectoren bij elke cruciale stap in het beleid.
- Drugscoördinator is voorzitter stuurgroep en verbindingsfiguur.
- Werkgroepen voor de realisatie van specifieke prioriteiten.

Een voorbeeld van een minder goed geïmplementeerde intersectorale interventie is een interventie binnen de justitiële doorverwijzing naar de hulpverlening in de gevangenis van Mechelen. Dit betreft dus een intersectorale interventie binnen de oriëntatie naar de hulpverlening vanuit justitie. Het project Centraal Aanmeldingpunt (CAP) verwijst gedetineerden naar de drugshulpverlening in de voorbereiding van hun vrijlating. Het CAP bestaat uit ambulante en residentiële drugshulpverleningcentra in de regio. Gebaseerd op intakes, georganiseerd

in de gevangenis, gaat de sociaal werker na welk hulpverleningscentrum het meest geschikt is voor de gedetineerde. Na zijn vrijlating kan de (ex-)gedetineerde starten met de behandeling.

Hoewel het CAP een beloftevol project is, bestaat dit niet in elke gevangenis, zoals in de gevangenis van Mechelen. Om deze lacune deels op te vangen werkt een enkel ambulant drugshulpverleningscentrum samen met de gevangenis. Een sociaal werker van dat centrum bezoekt regelmatig de gedetineerden om intakes af te nemen.

Gevangenis Mechelen

Op basis van de interviews en de focusgroep vonden we geen sterke punten van deze samenwerking, wel meerdere zwakke punten en hiaten.

- Beperkte samenwerking tussen betrokken partners.
- Intakes door één hulpverleningscentrum en doorverwijzing naar eigen centrum.
- Beperkt hulpverleningsnetwerk.
- Geen hulpverlening tijdens detentie.
- Onvoldoende financiële middelen voor doorverwijzing (wachlijsten).
- Geen gestructureerd en uitgewerkt samenwerkingsnetwerk.
- Hulpverleningscentra weigeren vaak (ex-)gedetineerden.

LOKALE INTERSECTORALE INTERVENTIES

Opvallend is dat, wanneer we de interventies met elkaar vergelijken waarbij heel wat verschillende sectoren betrokken zijn (welzijn en gezondheid, preventie, hulpverlening, veiligheid en lokale bestuur), de ontwikkeling van deze interventies in verschillende stappen gebeurt (zie tabel 3) en deze interventies een aantal typische kenmerken met elkaar delen (zie tabel 4).

Discussie

Zowel wetenschappelijke literatuur als beleidsdocumenten gebruiken de concepten integraal en geïntegreerd frequent, zonder een duidelijke definitie. Een integraal en geïntegreerd drugsbeleid geeft plaats aan alle aspecten van het drugsfenomeen (integraal) en vereist dat de relevante actoren en diensten die de verschillende sectoren vertegenwoordigen, betrokken worden en zijn bij deze benadering (geïntegreerd). Bij het zoeken naar internationale 'best practices' van intersectorale interventies, vonden we weinig evaluatiestudies terug. Deze resultaten bevestigden onze hypothese dat evaluatie van interventies - die vaak

lokaal geïmplementeerd zijn - zelden internationaal verspreid zijn. Dit bevestigt het belang van het evalueren van intersectorale interventies, evenals het publiceren van de resultaten. Om een 'evidence-based' beleid te ontwikkelen, is het immers belangrijk te beschikken over kwaliteitsvolle gegevens ('evidence'; Defra, 2006). Het toepassen van een 'evidence-based' beleid is nog steeds een moeizame strijd, niet in het minst in Vlaanderen (Vander Laenen, 2008).

De geïdentificeerde effectevaluaties lieten toe verschillende effectieve intersectorale interventies te identificeren, bij justitiële doorverwijzing, toeleiding naar arbeidsprojecten, dag- en nachtopvang en doorverwijzing naar woonprojecten, 'harm reduction', preventie en vroeg-interventie, met de betrokkenheid van sectoren uit andere domeinen en beleidsontwikkeling en afstemming. Door de procesevaluaties kon-

Tabel 3. Stappen voor de ontwikkeling van lokale intersectorale interventies.

Identificeren en betrekken alle actoren	Vanaf het begin
	Vanuit verschillende sectoren
	Leidinggevend en praktijkwerkers
	Voorzieningen en lokaal bestuur
	Bevolking
Analyseren lokaal drugsprobleem (monitoren)	Ontwikkelen actieplan op basis van lokale probleemanalyse
Leiderschap en coördinatie door	Aanstellen drugscoördinator
	Stuurgroep: bepalen doelstelling en identificeren middelen
	Stimuleren contacten, communicatie, samenwerking tussen alle betrokken actoren
Evalueren proces en effect om acties aan te passen	

Tabel 4. Typische kenmerken van lokale intersectorale interventies.

Nadruk op specifieke lokale situatie
Analyse en monitoren problemen
Definiëren specifieke acties
Ontwikkelen actieplan
Aanpassen acties en actieplan volgens evolutie lokale problemen
Stimuleren en ondersteunen betrokkenheid en aanvaarding
Betrekken alle relevante partners vanaf de start en bij alle essentiële stappen
Actieplan gebaseerd op consensus
Drugscoördinator is stimulerende en mobiliserende kracht
Inzetten op verschillende acties zodat mislukken van één actie het project niet in gevaar brengt

den we verschillende randvoorwaarden terugvinden voor intersectorale interventies: coördinatie tussen de betrokken partners, een formele overeenkomst tussen de betrokken partners, met inbegrip van een duidelijke taakverdeling en communicatie, waarbij verschillende vergaderingen plaatsvinden tussen de betrokken partners. Zelfs wanneer effectevaluaties en duidelijk identificeerbare 'best practices' ontbreken in een regio (zoals in Vlaanderen), is het wel mogelijk om de bestaande intersectorale interventies te vergelijken met de in de literatuurstudie geïdentificeerde interventies. Dit zal praktijkwerkers en beleidsmakers toelaten om te toetsen of de essentiële randvoorwaarden voor een 'best practice' binnen een integraal en geïntegreerd drugsbeleid aanwezig zijn (of ontbreken). Het zal hen toelaten te veronderstellen - zij het met de nodige voorzichtigheid - of een project veelbelovend is. Wanneer essentiële randvoorwaarden ontbreken, dan kunnen ze de resultaten van de literatuurstudie hanteren om de intersectorale interventies in drugs- en andere beleidsdomeinen aan te passen of te rationaliseren.

Literatuur

- Arthur, M.W., & Blitz, C. (2000). Reaching the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. *Journal of Community Psychology*, 28, 241-255.
- Autrique, M., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., & Sabbe, B. (2007). *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken*. Gent: Academia Press.
- Barton, A. (1999a). Breaking the crime/drugs cycle: The birth of a new approach? *Howard Journal*, 38, 144-157.
- Barton, A. (1999b). Sentenced to treatment? Criminal justice orders and the health service. *Critical Social Policy*, 19, 463-483.
- Bieleman, B., Biesma, S., Hoorn, M., & Kruize, A. (2007). *Overlastmetingen in de Gravinnesteeg en omgeving*. Groningen: INTRAVAL.
- Botvin, G.J., & Griffin, K.W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. In Z. Sloboda & W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice* (pp. 45-74). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Richter, L., & Whiteman, M. (2003). Risk and protective factors of adolescent drug use: Implications for prevention programs. In Z. Sloboda & W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice* (pp. 265-282). New York: Kluwer Academia.
- Connolly, J. (2002). *Community policing and drugs in Dublin*. Dublin: North Inner City Community Policing Forum.
- Crow, I., France, A., Hacking, S., & Hart, M. (2004). *Does Communities that Care work? An evaluation of a community-based risk prevention programme in three neighbourhoods*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- De Pauw, K. (2007). Een veiligheidsnetwerk rond druggebruik te Geraardsbergen en Lierde. In W. Bruggeman (Ed.), *Cahiers integrale veiligheid. Thema regio*. Brussel: Politeia.

- De Ruyver, B. (2007). Integraal drugsbeleid. In J. Casselman & H. Kinable (Eds.), *Het gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken* (pp. 325-341). Heule: UGA.
- De Ruyver, B., Colman, C., De Wree, E., Vander Laenen, F., Reynders, D., Van Liempt, A., e.a. (2008). *Een brug tussen justitie en drughulpverlening. Een evaluatie van het proefzorgproject*. Antwerpen: Apeldoorn.
- De Ruyver, B., Lemaître, A., Ponsaers, P., Born, M., Pauwels, L., Vander Laenen, F., e.a. (2009). *Do's and don'ts in een integraal en geïntegreerd drugsbeleid*. Gent: Academia Press.
- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., e.a. (2007). *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*. Gent: Academia Press.
- De Ruyver, B., Vermeulen, G., Vander Beken, T., & Vander Laenen, F. (2003). *International drug policy, status quaestionis, compendium of articles*. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- Doherty, G. (2007). *Report of the community policing forum for 2006-2007*. Dublin: City of Dublin.
- EMCDDA (2009). *Annual state of the drugs problem in Europe: 2009*. Lissabon: EMCDDA.
- Federale regering (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugsproblematiek*. Brussel: Federale regering.
- Harman, K., & Paylor, I. (2005). An evaluation of the CARAT initiative. *Howard Journal* 44, 357-373.
- Heale, P., & Lang, E. (2001). A process evaluation of the CREDIT (Court Referral and Evaluation for Drug Intervention and Treatment) pilot programme. *Drug and Alcohol Review*, 20, 223-230.
- Heed, K. (2006). If enforcement is not working, what are the alternatives? *International Journal of Drug Policy*, 17, 104-106.
- Holloway, K., Bennett, T., & Farrington, D. (2005). *The effectiveness of criminal justice and treatment programmes in reducing drug-related crime: A systematic review*. Londen: Home Office, Research Development and Statistics Directorate.
- Horn, K., & Kolbo, K. (2000). Using the cumulative strategies model for drug abuse prevention: A small group analysis of the choices program. *American Journal of Health Studies*, 16, 7-17.
- Hunter, G., McSweeney, T., & Turnbull, P.J. (2005). The introduction of drug arrest referral schemes in London: A partnership between drug services and the police. *International Journal of Drug Policy*, 16, 343-352.
- Institute for Criminal Policy Research (2007). *National evaluation of criminal justice integrated teams*. Londen: Institute for Criminal Policy Research/Bristol: University of Bristol.
- Kellock, P. (2007). *Communities that Care. Review of implementation in three Australian communities*. Brunswick: Asquith Group.
- Koeter, M.W.J., & Bakker, M. (2007). *Effectevaluatie van de strafrechtelijke opvang verslaafden (SOV)*. Den Haag: WODC/Ministerie van Justitie.
- Kumpfer, K.L., & Alder, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions. In Z. Sloboda & W. Bukoski, J. (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice* (pp. 75-119). New York: Kluwer Academic.
- Leeuw, F.L. (2005). Trends and developments in program evaluation in general

- and criminal justice programs in particular. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 11, 223-258.
- Mazerolle, L., Soole, D., & Rombouts, S. (2007). Drug law enforcement. A review of the evaluation literature. *Police Quarterly*, 10, 115-153.
- Michon, H., Rondez, M., & Weeghel, J. van (2000). Een werkend middel. Evaluatie van Baanberekend. Arbeidstoelidingsproject voor mensen met een verslavingsachtergrond. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ooyen-Houben, M. van (2008). Usage de substances illicites et politique Néerlandaise en matière de drogues: Vue d'ensemble et évaluation exploratoire. *Déviance et Société*, 32, 325-348.
- Poel, A. van der, Barendregt, C., & Mheen, D. van de (2003). Drug consumption rooms in Rotterdam: An explorative description. *European Addiction Research*, 9, 94-100.
- Reuter, P. (2001). Why does research have so little impact on American drug policy? Editorial. *Addiction*, 96, 373-376.
- Ritter, A., Bammer, G., Hamilton, M., Mazerolle, L., & The DPMP Team. (2007). Effective drug policy: A new approach demonstrated in the Drug Policy Modeling Program. *Drug and Alcohol Review*, 26, 265-271.
- Scottish Executive Effective Interventions Unit (2004). Reducing the impact of local drug markets. A research review. Edinburgh: Scottish Executive Effective Interventions Unit.
- Seeling, C., King, C., Metcalfe, E., Tober, G., & Bates, S. (2001). Arrest Referral: A proactive multi-agency approach. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 8, 327-333.
- Sherman, L.W., Farrington, D.P., Welsh, B.C., & Mackenzie, D.L. (Eds.) (2002). *Evidence-based crime prevention*. Londen: Routledge.
- Skodbo, S., Brown, G., Deacon, S., Cooper, A., Hall, A., & Millar, T. (2007). The Drug Interventions Programme (DIP): Addressing drug use and offending through 'Tough Choices'. Londen: Home Office/Research Development and Statistics Directorate.
- Snippe J., Bieleman, B., Kruize, A., & Naayer, H. (2005). Eindevaluatie: inspanningen, proces en resultaten 2001-2004. Hektor in Venlo. Groningen: INTRAVAl.
- Snippe, J., Naayer, H., & Bieleman, B. (2006). Hektor in 2005. Evaluatie aanpak drugsoverlast in Venlo. Groningen: INTRAVAl.
- Spijkerman, R., Biesma, S., Meijer, G., Poel, A. van der, Eijnden, R. van den, & Bieleman, B. (2002). Vier jaar verantwoord schoon. Evaluatie van Verantwoord Schoon: programma voor aanpak van drugsoverlast in Rotterdamse deelgemeenten. Rotterdam: IVO/Groningen: INTRAVAl.
- Stad Gent/Stuurgroep Drugcoördinatie (2000). *Drugsbeleidsplan stad Gent: 2000*. Gent: Stad Gent.
- Stevens, A., Trace, M., & Bewley-Taylor, D. (2005). Reducing drug related crime: An overview of the global evidence. Report 5. Oxford: Beckley Foundation.
- Stevenson, J.F., & Mitchell, R.E. (2003). Community-level collaboration for substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 23, 371-404.
- Toumbourou, J.W. (1999). Implementing communities that care in Australia: A community mobilisation approach to crime prevention. Internet: <http://www.aic.gov.au/publications/tandi/tir22.pdf> (31-03-2008).
- Vander Laenen, F. (2001). The drug and cannabis policy of the city of Ghent, Bel-

- gium. In Ministerie van Justitie/ES&E, *Drug policy in European countries and cities. Reference book European city conference on cannabis policy, 6-8 December 2001, Utrecht, The Netherlands* (pp. 41-62). Den Haag: Ministerie van Justitie/ES&E.
- Vander Laenen, F. (2008). *Drugpreventie bij kwetsbare groepen? Jongeren met een gedrags- en emotionele stoornis aan het woord*. Den Haag: Boom.
- Wits, E.G., Biesma, S., Garretsen, H.F.L., & Bieleman, B. (1999). *Evaluatie SVO-projecten Rotterdam. Eindrapport*. Rotterdam: IVO/Groningen: INTRAVAl.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U., & Haasen, C. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany. Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33, 663-688.